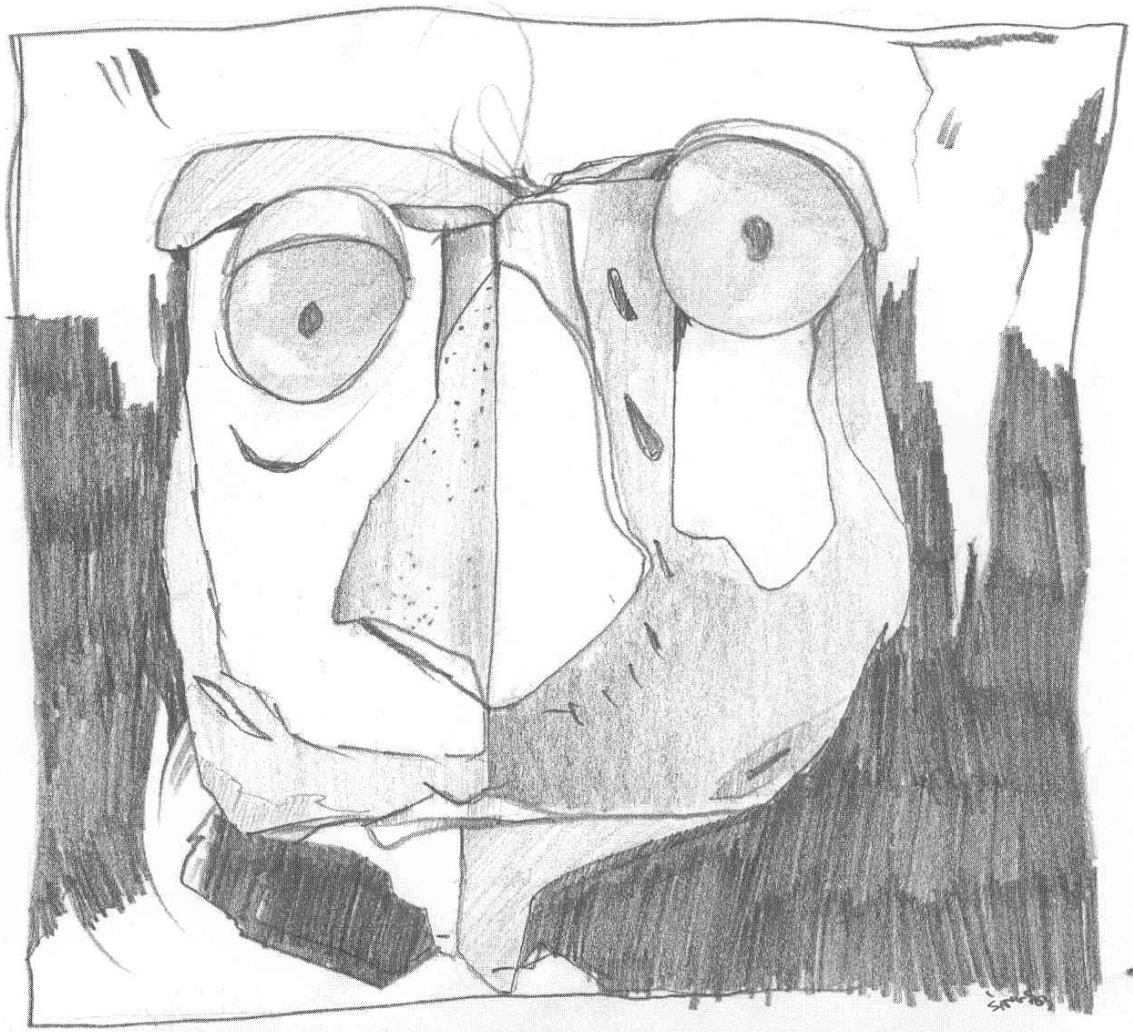


Lovende tendenser?

Hva viser nyere forskning om intervensjoner overfor ungdom etter selvmordsforsøk?



Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid
Universitetet i Oslo 2002-2003

Ann Iren Hansen

Veileder: Einar Røshol Heiervang

INNHold

1. Innledning	2
1.1 Valg av problemstilling og metode	2
1.2 Avgrensning	3
1.3 Sentrale begreper	3
2. Utbredelse og risikofaktorer	4
2.1 Utbredelse	4
2.2 Risikofaktorer	5
3. Intervensjonsmetoder	6
3.1 Individuell psykoterapi	6
3.1.1 Kognitiv terapi	7
3.1.2 Psykodynamisk terapi	8
3.2 Gruppeterapi	8
3.3 Problemløsningsorientert terapi	9
3.4 Psykoedukativ sosial nettverksintervensjon	9
3.5 Hjemmebasert familieterapi	10
3.6 Andre metoder	10
3.6.1 Farmakologi	10
3.6.2 Sikringstiltak	11
3.6.3 Kontakt- og krisetelefon	11
3.6.4 Kontrakter	11
3.6.5 Grønt kort (green-card)	12
4. Nærmere beskrivelse av dialektisk atferdsterapi	12
4.1 Intro	12
4.2 DBT for ungdommer	14
4.2.1 Mål	15
4.2.2 Orienteringsfasen	16
4.2.3 FASE 1 - De fem behandlingsstilene	16
4.2.4 Dialektiske strategier	16
4.2.5 FASE 2 - "Patient Graduate Group"	19
4.3 Kvasieksperimentell undersøkelse	20
5. Sammenfatning og diskusjon	22
6. Konklusjoner	27
Litteratur	29

1. Innledning

1.1 Valg av problemstilling og metode

Gjennom studiet *Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid* har suicidologien gitt oss studenter mange perspektiver til å forstå selvmordet. Forståelsen kan sees gjennom psykologiske, sosiologiske, kulturkontekstuelle, filosofiske, salutogenetiske (fokus på faktorer som skaper god helse), historiske og religiøse perspektiver. Vi kan videre forstå selvmordet gjennom undersøkelser og kartlegging av risikofaktorer, både fra undersøkelser som er gjort etter selvrappotering etter selvmordsforsøk, og opplysninger fra avdødes journal og nettverk. På tross av forståelse har ikke behandlingsapparatet i Norge nasjonale retningslinjer for hvilken type behandling ungdom skal ha etter selvmordsforsøk. Det er heller ikke gjort intervensjonsforskning omkring ungdom og selvmordsproblematikk i Norge. Ut fra en teoretisk forståelse av selvmordsproblematikken har jeg valgt å fokusere på intervensjoner overfor ungdommer etter selvmordsforsøk. Dette gjør jeg fordi jeg ønsker å vite mer om hva som konkret gjøres internasjonalt, med den intensjon å forebygge nye forsøk, eller fullføring av selvmord.

I denne oppgaven presenteres flere intervensjonsalternativer som er prøvd ut i forhold til suicidale ungdommer. Informasjon er hentet fra databasene *Medline*, *Cochrane Library* og *Psychinfo*. I tillegg har jeg hatt kontakt med enkelte forskere og fått tilgang til data som ennå ikke er publisert. Dette gjelder spesielt for materialet omkring dialektisk atferdsterapi for ungdom. Informasjon er også hentet fra pensumlitteratur fra studiet *Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid* ved Universitetet i Oslo, 2002-2003. I søking i databasene har søkeordene vært *randomized trial and suicidal adolescents*, *randomized trial and adolescent and suicide*, *controlled trials and adolescent and suicide* og *controlled studies and adolescent and suicide*. Referanselistene til de ulike artiklene har igjen gitt henvisninger til andre relevante artikler.

1.2 Avgrensning

Jeg har valgt å legge hovedvekten i oppgaven på intervensjonsmetoder fra helsevesenet, som er spesifikt rettet mot ungdom. Samfunnsmessig forebygging vil bli kortfattet omtalt. Forebygging i skolen vil ikke bli presentert her, selv om dette også kan være en viktig forebyggende arena for å redusere selvmord blant ungdom. Dialektisk atferdsterapi blir mest utførlig beskrevet, siden dette er en intervensjonsmetode som en nylig har tatt i bruk i Norge (Ungdomspsykiatrisk senter, ved Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Sykehuset Telemark HF, og ved voksenpsykiatrien i Fauske). Intervensjonsmetodene som beskrives er kun hentet fra internasjonal forskning. Presentasjonen må ikke sees som en fullstendig oversikt over intervensjonsalternativer for ungdom etter selvmordsforsøk, men som resultat av mine søk.

1.3 Sentrale begreper

Intervensjon

Ved intervensjon søker en å gripe inn overfor andre for å forebygge eller reparere skade. Intervensjon blir her en samlebetegnelse for de tiltak som kan iverksettes rundt ungdom etter selvmordsforsøk, for å forhindre nye selvmordsforsøk, og/eller selvmord.

Ungdom

Med ungdom menes det i denne oppgaven mennesker mellom 15 og 19 år. Selv om et stort flertall av norsk ungdom har det rimelig bra på skolen, har gode forhold til foreldre og venner og har varierte fritidsaktiviteter (Rossow 2003), er ungdomstiden ofte preget av sterke følelser og konflikter. Personligheten er inne i en voldsom utvikling (Eriksson 1968) og opplevelsene kan også på grunn av hormonelle forandringer oppleves forsterket, men det er ikke uvanlig at et ungt menneske også går "smertefritt" gjennom puberteten.

Villet egenskade

Klassifikasjonssystemet ICD-10 bruker betegnelsen villet egenskade (X6n) omkring selvpåført sykdom, skade og dødsfall. Klassifiseringen sier ikke noe om intensjonen ved handlingen var å dø eller ikke (ICD-10 1998).

Selvmondsforsøk

Ved selvmondsforsøk forstår vi en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden. En, om enn vag, intensjon om å dø har vært til stede (Retterstøl 2002).

Parasuicid

Parasuicid defineres som: *En ikke vanemessig handling med ikke dødelig utgang, som er initiert av individet selv i forventning om en slik utgang (altså ikke dødelig utgang), som forårsaker skade på en selv, eller som uten inngripen fra andre vil gjøre det, eller som består i å tilføre seg et medikament eller et stoff utover den dosen som er anerkjent som den terapeutiske, og der utgangen av vedkommende selv blir oppfattet som avgjørende for å frembringe forandringer i forventningene og/eller sosiale forhold (Verdens Helseorganisasjon, WHO).* Parasuicid som begrep oppfattes i Europa som mer forvirrende enn avklarende og er derfor på vei ut, men brukes i USA som omtale av egenskade uten selvmord som intensjon. I "klinisk dagligtale" brukes begrepene parasuicid og selvmondsforsøk i følge Retterstøl et al. (2002) om hverandre.

2. Utbredelse og risikofaktorer

2.1 Utbredelse

Det finnes i Norge ingen systematisk registrering av antall unge mennesker som har gjort selvmondsforsøk. Fra 1. januar 1999 ble ICD-10 innført som nytt diagnosekodeverk i norsk helsevesen. Registreringen er pålagt.

Det er hovedsakelig tre datakilder som overvåker skadebildet i Norge:

Dødsårsaksregisteret administrert av Statistisk Sentralbyrå (SSB), *Norsk*

Pasientregister som drives av forskningsinstituttet SINTEF Unimed og *Det nasjonale*

Personskaderegisteret ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Alle disse datakildene har

svakheter som gjør det vanskelig å få oversikt over skadebildet i Norge, årsaker til skader og hendelsesforløpet som fører til skader (Alvær 2001).

Vi har med andre ord ikke tallmateriale over hvor mange ungdommer som utfører selvmordsforsøk eller villet egenskade. Statistisk Sentralbyrå gjengir imidlertid tallmateriale for ungdomsgruppen (i femårsgrupper, eks. 10-14 år og 15-19 år) hvor selvmord er årsak til død. Statistikk viser at 324 ungdommer i alderen 15-19 år i tiårsperioden 1992-2001 har tatt sine egne liv. I 2001 begikk 29 gutter og jenter fra samme alderskategori selvmord. Raten for selvmord i Norge i perioden 1951-55 (basert på årsgjennomsnitt for femårsperioden) for gutter og jenter i alderen 15-19 viser henholdsvis 2.1 og 0.6 per 100 000 innbyggere. I 2001 viser raten for guttene 15.5 og for jentene 6.2.

Man regner med at antall selvmordsforsøk i den totale befolkningen er antall selvmord ganger 10-15 (Retterstøl 2002). Det er grunn til å tro at antallet selvmordsforsøk vil være høyere blant ungdommer. Nylig ble en undersøkelse omkring tematikken villet egenskade publisert (Ystgaard et al. 2003). Undersøkelsen er foretatt ved 36 videregående skoler i Hedmark og Oppland blant 4060 elever i alderen 15-16 år. Ungdommene deltok i utfylling av et anonymt spørreskjema. Resultatet viser at 6.6 %, eller 266 elever, oppgir å ha skadet seg selv en eller flere ganger siste året.

2.2 Risikofaktorer

Forskning knyttet til selvmord blant unge har de siste ti årene vært preget av å finne risikofaktorer (Gould et al. 2003). Ved gjennomgang av all engelskspråklig litteratur som er gjort fra midten av 1980-tallet har Beautrais (2000) kartlagt risikofaktorer for selvmordsforsøk blant ungdom i alderen 15-19 år. Viktige risikofaktorer er å finne i sosialt svake familier, der også dårlig økonomi er fremtredende. Oppvekstforhold hvor familiestrukturen er preget av konflikter og overgrep, og hvor foreldrene har psykiske lidelser, øker risiko for suicidal atferd blant barn og unge.

Sårbar personlighet, psykiske problemer, rusmisbruksrelaterte lidelser og antisosial atferd sees også som viktige faktorer. I tillegg anses traumatiske livshendelser knyttet til tap og konflikter som vesentlige risikofaktorer. Gould et al. (2003) har ved systematisk gjennomgang sett på forskning på selvmordproblematikk i forhold til ungdom de siste ti årene. De konkluderer med at unges psykiske lidelser, tidligere suicidforsøk, familiens psykopatologi, stresspregede livshendelser, samt tilgang til våpen er nøkkelfaktorer. Gould et al. (2003) understreker at det man tidligere antok var risikofaktorer, eksempelvis foreldres skilsmisser, i stor grad overskygges av det egentlige problemet, nemlig psykiske lidelser hos den unge og eller dens foreldre. Tidligere antatte risikofaktorer som usikkerhet omkring seksuell legning og seksuelle overgrep er fortsatt viktige. Konflikter med venner og familie, utvisning fra skole og tapsopplevelser fremheves også av Gould et al (2003) som viktige risikofaktorer.

3. Intervensjonsmetoder

Gould et al (2003) deler det selvmordsforebyggende arbeidet rettet mot ungdom inn i tre områder: a) forebygging i skolen, b) samfunnsmessig forebygging (media, sikringstiltak, kontakttelefoner) og c) forebygging i helsesystemet (økt kunnskap hos helsepersonell, psykoterapi med eller uten innleggelse samt psykofarmakologi). De fleste samfunnsmessige intervensjonsalternativene som omtales i oppgaven er kortfattet beskrevet, mens intervensjonsmetoder fra helsesystemet som er spesifikt rettet mot ungdom blir viet mer plass. På grunn av få undersøkelser direkte rettet mot ungdom i aldersgruppen 15-19 år vil noen av studiene som beskrives også inkludere voksne deltakere. Alderen på deltakerne fremkommer i beskrivelsen. Det gjøres oppmerksom på at *standard behandling* gjennomgående blir omtalt med forkortelsen for treatment-as-usual, *TAU*.

3.1 Individuell psykoterapi

Psykoterapi er en viktig komponent i behandling av psykiske lidelser og i behandling av suicidal atferd. Det er ikke utarbeidet noen egen form for psykoterapi med ungdom (Hytten et al.1995). Det psykologiske fagfeltet har valgt å bruke metodene som brukes i intervensjon med voksne, og har overført disse til intervensjon overfor ungdom med forventning om samme effekt.

Vanlige terapiformer for suicidale ungdommer er kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, dialektisk atferdsterapi og familieterapi (Shaffer et al. 2001).

3.1.1 Kognitiv terapi

MacLeod et al. (1998) har undersøkt om kortvarig manualbasert kognitiv terapi (manual assisted cognitive treatment/MACT) gir økt positiv fremtidstenkning og reduksjon av negativ tenkning blant suicidale mennesker. MACT ble undersøkt opp mot TAU. Undersøkelsen ble utført på 21 kvinner/jenter og 13 gutter/menn i alderen 16-50 år, hvorav 18 fikk tilbud om MACT, og 16 tilbud om TAU. Kontrollgruppen var satt sammen av 18 frivillige (7 kvinner og 11 menn). Innholdet fokuserte på positive forventninger til opplevelser i dag, morgen, neste uke, ett år frem og 5-10 år frem i tid. Deltakerne i forsøksgruppen bearbeidet også redsler knyttet til spesifikke og tenkte hendelser og situasjoner. MACT-gruppen gikk over to - seks samlinger, med manualbaserte øvelser som skulle gjøres mellom samlingene. Kontrollgruppen ble gitt TAU. Deltakerne ble evaluert seks måneder etter avsluttet forsøk. Resultatet ble at personer som deltok i MACT hadde en signifikant forbedring i positive tanker om fremtiden, mens personene som fikk TAU ikke hadde noen umiddelbar forbedring. Det som kunne sies å komplisere resultatet noe, var at kontrollgruppen viste en signifikant bedring i positiv tenkning om fremtid ved 6-måneders evalueringen. Forsøkets konklusjon er at kortvarig intervensjon kan bedre suicidale pasienters fremtidstenkning.

Raj M. et al (2001) har undersøkt om kognitiv atferdsterapi er virksom i forhold til suicidale mennesker i alderen 16-50 år. Totalt 40 personer deltok i undersøkelsen. 34 av disse var mellom 16-30 år, og 23 var kvinner. Med virksom mener de bedre problemløsning og at suicidal tenkning, håpløshet, angst, depresjon, aggresjon og impulsivitet reduseres. Forsøksgruppen var satt sammen av 20 personer. Disse ble i en periode over to - tre måneder gitt 10 timer med kognitiv terapi, atferdsterapi og problemløsningsbasert terapi med ferdighetstrening. Parallelt ble det gitt rådgivning til utvalgte personer fra deltakernes nettverk. Kontrollgruppen bestod også av 20 kvinner og menn. Disse fikk medikamentell behandling og tilbud om poliklinisk oppfølging. Her ble resultatet at kun forsøksgruppen viste signifikant endring på alle variablene, med unntak av impulsivitet. Konklusjonen er at kognitiv atferdsterapi er virksom i behandling av suicidale pasienter.

3.1.2 Psykodynamisk terapi

Psykodynamisk teori har vært viktig i forhold til dagens forståelse av selvmord (Miller et al. 2000). Psykodynamisk terapi er den vanligste terapiformen i langsiktig behandling av barn og ungdom, men det finnes ingen studier som underbygger at dette er en virksom behandlingsform ved selvmordsatferd (Shaffer et al. 2001).

3.2 Gruppeterapi

Wood et al. (2001) har undersøkt gruppeterapi opp mot TAU. Inklusjonskriterier for deltakelse i forsøket var at deltakerne måtte a) være mellom 12-16 år, b) ha blitt henvist til behandling etter villet egenskade, eller c) ha rapportert villet egenskade minst en gang foruten denne, siste år. Etter randomisering deltok 63 barn og ungdommer i alderen 12-16 år i forsøket. Forsøket strakte seg over 29 uker.

31 ungdommer, hvorav 24 jenter og 7 gutter, ble gitt TAU. 32, hvorav 25 jenter og syv gutter, ble gitt gruppeterapi. Gruppeterapien gikk over seks akuttsamlinger, og deretter ukentlige samlinger frem til ungdommen følte seg klar for å slutte.

Intervensjonen var en blanding av problemløsningsbasert terapi, kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi (DBT), psykodynamisk gruppeterapi og var manualbasert. Akuttsamlingene hadde seks utvalgte temaer: Relasjoner generelt, skoleproblematikk og vennerelasjoner, familiekonflikter, aggresjonskontroll, depresjon og villet egenskade og til sist håpløshet knyttet til fremtid. Samtaletemaene ble valgt etter hva tidligere forskning har konkludert med som viktige temaer for ungdom med villet egenskade. Målet med gruppeterapien var å se om den skapte positiv endring i grad av depresjon og villet egenskade sammenliknet med standard oppfølging. De som ble gitt TAU fikk denne fra psykiatriske sykepleiere og psykologer. Innholdet i behandlingen varierte mellom ulike intervensjoner, og inkluderte familieterapi og generell rådgivning. Deltakerne ble kartlagt før selve forsøket og etter 7 måneder. Resultatet viste at forsøksgruppen i mindre grad gjentok villet egenskade enn gruppen som fikk TAU. Forsøksgruppen fulgte i større grad opp terapien, hadde mindre fravær fra skole, samt mindre utslag på registrering av atferdsforstyrrelser enn de som fikk TAU. Gruppeterapi hadde ingen innvirkning på depresjon. Konklusjonen var at gruppeterapi er et lovende behandlingsalternativ for ungdommer med villet egenskade.

3.3 Problemløsningsorientert terapi

Townsend et al. (2001) har utført en metaanalyse av seks randomiserte undersøkelser (Gibbons et al. 1978, Patsiokas & Clum 1985, Hawton et al. 1987, Salkovskis et al. 1990, McLeavey et al. 1994 og Evans et al. 1999) hvor problemløsningsorientert behandling ble gitt i etterkant av villet egenskade, og TAU ble gitt kontrollgruppene. Problemløsningsbasert terapi har som mål å løse problemer her og nå, samt gjøre den enkelte i stand til å løse kommende problemer uten å ta i bruk selvdestruktive handlinger. Deltakerne lærer først å definere egne problemer samt finne ønskede mål for hvordan løse problemene. Deretter jobbes det stegvis mot økte ferdigheter i problemløsning. Kognitive strategier taes i bruk som et ledd i opplæringen, men problemløsning er det sentrale terapeutiske elementet for alle forsøkene. De ulike undersøkelsene ble foretatt blant mennesker i alderen 15-65 år, og flertallet av deltakerne var jenter/kvinner. Forsøkene varte fra tre uker og opp til tre måneder. Resultatet viser at gruppene som fikk problemløsningsorientert behandling hadde signifikant bedring på områder som depresjon, håpløshet og evne til å løse problemer. Konklusjonen fra metaanalysen er at problemløsningsorientert behandling har bedre effekt enn TAU for mennesker med villet egenskade.

3.4 Psykoedukativ sosial nettverksintervensjon

King et al. (2000) har undersøkt psykoedukativt sosialt nettverk, kalt Youth-Nominated Support Team (YST) som intervensjonsmetode blant unge suicidale etter utskrivelse fra sykehus. YST er manualbasert og designet for å være et supplement til TAU. YST består i at ungdommene velger ut 2-5 voksne personer fra familie, skole eller andre deler av nettverket. Ungdommens utvalgte deltar i en nettverksgruppe hvor det settes fokus på og gies opplæring i a) ungdommens lidelse og problemer, b) utvikling av behandlingsplan, c) økt kompetanse om risikofaktorer og d) viktigheten av å være en del av behandlingsplanen og å følge opp denne sammen med ungdommen. De utvalgte deltakerne i nettverket forplikter seg til ukentlig kontakt med ungdommen og blir gitt veiledning av profesjonelle. Forsøket gikk over seks måneder og gjennom randomisering deltok 179 ungdommer i forsøket. 92 ungdommer ble gitt TAU, som bestod av medisinsk oppfølging og psykoterapi. 87 ungdommer ble gitt TAU og YST. 75% prosent av deltakerne var jenter og gjennomsnittsalderen var 15 år. I utvelgelsesprosessen valgte 75 % sine foreldre, 49 % valgte andre voksne i familien og 39 % valgte andre voksne i nettverket.

88% prosent av ungdommene valgte to eller flere personer til nettverksgruppen og 83 % av de forespurte stilte opp. Forsøket viste signifikant nedgang i suicidale tanker og atferdsproblematikk blant jentene. Forsøket viste derimot ingen signifikante forskjeller etter intervensjon blant guttene. Forsøket må ha flere etterundersøkelser for å se om reduksjon i suicidale tanker hos jentene varer ved over tid, og om antall selvmordsforsøk blir redusert.

3.5 Hjemmebasert familieterapi

Dysfunksjonelle familier og konflikter mellom den unge og dens foresatte forbindes med økt risiko for selvmord og selvmordsatferd (Pfeffer 2001, Beautrais 2000). Hjemmebasert familieintervensjon er sammenliknet med TAU i en undersøkelse av Harrington et al. (1998). Gjennom randomisering deltok 162 ungdommer, som hadde tatt overdoser, og deres familier i undersøkelsen. I forsøket ble 77 ungdommer i alderen 16 år eller yngre gitt TAU, og 85 unge mottok TAU samt fire ganger hjemmebasert intervensjon. Den kortvarige hjemmebaserte intervensjonen fokuserte på familieorienterte problemløsningsstrategier og ble utført av sosialarbeidere. Begge gruppene ble etterundersøkt etter to og seks måneder. Målet var å redusere de unges suicidale tanker, samt forbedre familienes funksjon. Resultatet viste ingen signifikant forskjell mellom forsøksgruppen og kontrollgruppen. En subgruppe i forsøksgruppen uten alvorlig depresjon hadde redusert suicidal atferd etter begge etterundersøkelsene. Foreldrene som hadde deltatt i forsøksgruppen uttrykte tilfredshet over behandlingen. Konklusjonen ble at hjemmebasert intervensjon kun har effekt for ungdommer uten alvorlig depresjon.

3.6 Andre metoder

3.6.1 Farmakologi

Det finnes ingen undersøkelser av psykofarmakologisk behandling gjort spesifikt på suicidale ungdommer (Gould et al. 2003). Isacson (2000) hevder at økt foreskriving av antidepressiva til ungdommer i Sverige, har bidratt til at en har hatt færre selvmord de siste ti årene. Shaffer et al. (2001) hevder at lithium, eller stemningsstabiliserende medikamenter kan taes i bruk som første del av behandling av barn og unge med bipolare lidelser, og er å foretrekke fremfor antidepressiva.

Deprimerte barn og unge kan foreskrives selektiv serotonin reopptaks hemmere (SSRI), men fordi det er påvist økt suicidal tenkning som bivirkning i enkelte tilfeller må de følges grundig opp (Shaffer 2001).

3.6.2 Sikringstiltak

I kontakt med mennesker som er i en suicidal prosess er det viktig å fjerne tilgang til våpen. Dette gjelder spesielt for ungdom, grunnet fare for impuls handlinger (Mehlum 2002). I England har man ved å redusere antall reseptfrie tabletter ved utvalg, endre tablettenes forpakninger og informere på forpakningene om fare oppnådd en signifikant reduksjon i antall overdoser, leverskader og levertransplantasjoner (Hawton, 2002). Media er også viktige for reduksjon av selvmord, da lite gjennomtenkte fremstillinger av selvmordstematikk kan føre til økende antall selvmord (Schmidtke et al. 2000).

3.6.3 Kontakt- og krisetelefon

Kontakttelefoner er etter hvert blitt kjent for mange unge. Rundt 14 % av suicidal ungdom oppgir å ha ringt kontakttelefoner (Beautrais et al. 1998). Studier er gjort, men metodiske svakheter gjør at en ikke kan trekke noen konklusjoner omkring kontakttelefonenes betydning i forhold til suicidale mennesker. Til tross for tilgjengelighet og anonymitet, når tjenesten i mindre grad ut til guttene enn til jentene (Berman et al. 1995).

3.6.4 Kontrakter

Range et al. (2002) gir beskrivelse og råd om konkret bruk av kontrakter og avtaler (No-suicide contracts) i intervensjon blant suicidale mennesker. Kontrakten innebærer at den suicidale "forplikter" seg til å ikke ta sitt eget liv og eller gjøre forsøk på det. Det finnes ingen systematiske undersøkelser knyttet til bruk av kontrakter når det gjelder mennesker i selvmordsfare. Kontrakter mellom terapeut og pasient blir i dag brukt som en del av behandlingen, men en kan også lære opp venner, familie og lærere til å bruke slike avtaler. Kontraktene er frivillige og er et resultat av forhandling mellom den selvmordstruede og "hjelper". Kontrakten er individuelt tilpasset og tidsavgrenset. Den sier noe om hvem som skal informeres ved kontraktbrudd, og hvilke hjelpeinstanser som kan kontaktes ved behov. Kontraktene vektlegger positiv ordbruk, de er ikke bindende og gjelder heller ikke som juridiske dokumenter.

Det blir derfor anbefalt å kalle kontrakten for avtale, forsikring om eller forpliktelse. Avtalen er kontekstsensitiv og det bør skapes allianse før avtale inngås.

3.6.5 Grønt kort (green-card)

Bruken av *grønt kort* er undersøkt i flere studier (Cotgrove et al. 1995, Morgan et al. 1993, Evans et al. 1999). Metoden fungerer slik at suicidale mennesker blir gitt et kort hvor det er oppgitt telefonnumre som skal brukes dersom krise oppstår. Ved å ringe et av disse oppnås det kontakt med profesjonelle. Disse vil kunne veilede videre og motivere for at den selvmordstruede oppsøker ytterligere hjelp og/eller oppnår umiddelbar innleggelse ved sykehus. Undersøkelsene viser at slike tiltak ikke gir nevneverdige resultater for mennesker med gjentatte selvmordsforsøk bak seg, men at de som har skadet seg selv for første gang kan profitere på denne typen tiltak.

4. Nærmere beskrivelse av dialektisk atferdsterapi

Det gjøres oppmerksom på at i delene 4.2, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3 og 4.2.5 er det hovedsakelig brukt følgende referanser: Miller et al. 2000, 2003 a,b og Rathus et al. 2002. Det det er brukt andre referanser fremkommer det i teksten.

4.1 Intro

Dialektisk atferdsterapi (dialectical behavior therapy–DBT) har sitt utspring i at psykolog og forsker Marsha Linehan ved University of Washington, Seattle, USA, vurderte de eksisterende behandlingsmetodene som utilstrekkelige i forhold til mennesker med tunge og komplekse psykiatriske lidelser. DBT blir beskrevet som en syntese av behandlinger som fokuserer på forandring, trøst og støtte.

DBT ble opprinnelig utviklet som behandlingsmetode rettet mot suicidale og selvdestruktive voksne kvinner med borderline personlighetsforstyrrelse og manualene som brukes ble første gang publisert i 1993. Linehan mener at psykoterapi må være evidensbasert, og DBT er således et resultat av tidligere behandlingsstudier. Linehan mener DBT har overføringsverdi til andre områder.

DBT brukes derfor også som behandlingsmetode for eldre deprimerte, voldsutøvere, asosiale, kriminelle, rusmisbrukere, par- og familieproblemer og for suicidale tenåringer. DBT beskrives som en helhetlig behandlingsform som bygger på følgende elementer (Kåver et al. 2002):

Lærings- og atferdsterapi

Hovedprinsippet i lærings- og atferdsterapi er menneskets mulighet for å lære og å lære på nytt ved bruk av belønning. Et viktig element i atferdsterapien er at terapeuten aldri forsterker eller belønner selvdestruktiv atferd. Terapeuten gir aldri ekstra omsorg når noen har skadet seg selv. Fravær av omsorg og varme ved selvdestruktiv atferd er slik atferdsterapien ser det den mest omsorgsfulle og ivaretagende behandlingen en terapeut kan gi. Linehan understreker at DBT handler om liv og ikke om død. Terapeuten skal belønne alle positive og konstruktive handlingsalternativer unge mennesker tar i bruk for å løse krisesituasjoner.

Kognitiv teori

Hovedprinsippet i kognitiv terapi er søken etter forandring av tanken. Terapeuten kartlegger den unges tanker, forestillinger og negative selvoppfatning. Etter analyse av informasjonen søkes endring gjennom at terapeuten gradvis leder inn mot en mer realistisk virkelighetsoppfatning. Endringen skjer gjennom vesentlige spørsmål, resonnementer og ulike oppgaver knyttet til handling. Linehan betoner ikke kognitiv terapi like sterkt som atferdsterapi. Dette fordi sterk grad av psykisk smerte og indre kaos tilsier at høyt angstnivå blokkerer menneskets kognisjon og gjør resonnering og refleksjon vanskelig.

Dialektisk filosofi

Dialektikk stammer fra gresk og defineres som samtale- eller diskusjonskunst. I dialektikken beveger tanken seg gjennom motsetninger som igjen gir opphav til nye konstruktive tanker. Linehan opplevde tidlig dilemmaet i det å formidle til et menneske at du er god som du er, men du må forandre deg, samt klientens dilemma med å akseptere situasjonen, og samtidig jobbe for å endre den. Gjennom dialektisk filosofi fant Linehan flere samtaleteknikker og strategier som hun valgte å ta i bruk i terapien.

Zenbuddistisk filosofi

Linehan mener mennesker med ustabil personlighetsforstyrrelse profitterer på meditasjon. Gjennom meditasjon søker en å fokusere på her-og-nå, fremfor fortid eller fremtid. Uten å bruke vurdering eller fordømming, noe som er meditasjonens viktigste prinsipper, observerer en og setter ord på situasjoner og hendelser som opprinnelig er svært følelsesladet. Ved å kunne kontrollere sin våkne bevissthet (mindfulness) gir en seg selv mulighet til å være tilstede i øyeblikket, og å se de mulighetene som finnes.

4.2 DBT for ungdommer

Alec Miller er Associate professor i psykiatri ved Albert Einstein College of Medicine, samt leder for barne- og ungdomspsykiatrisk enhet ved Montefiore Medical Centre, New York. Miller og Jill Rathus (psykiater ved Universitetet Long Island, New York) har siden 1997 vært foregangspersoner når det gjelder tilpassing og utprøving av DBT som behandling for suicidale ungdommer.

Ungdommene er mellom 13 og 19 år, og har vært preget av suicidal atferd (tanker om selvmord, og/eller ville egenskade) innenfor de siste 16 uker. Deres psykiske tilstand kjennetegnes ved borderline personlighetstrekk (enten diagnostisert, eller minimum tre diagnostiske symptomer fra borderline). Eksklusjonskriterier er aktiv psykose, eller mental retardasjon.

DBT skiller seg fra flertallet av terapier ved at tenkningen og arbeidet inndeles i faser med fasespesifikke mål og metoder. På neste side vises et skjema for DBT i sin opprinnelige form, og et skjema som er tilpasset DBT for ungdom. DBT for ungdom er hovedsakelig orientert omkring den opprinnelige *orienteringsfasen* og *første fase*. *Første fase* er forkortet fra ett år til 16 uker i DBT for ungdom. Dette er gjort for å sikre og opprettholde deltakelse. Manualene som brukes har redusert antall ferdigheter som skal læres. Dette er gjort i den hensikt å gjøre det mulig å gjennomføre terapien innenfor 16 uker. Arbeidsplanene som ungdommene får utlevert til bruk i terapien er språklig forenklet.

<p>Målhierarki (DBT FOR VOKSNE)</p> <p>Primære mål</p> <p>Orientering og kontrakt</p> <p>Første fasens mål: stabilitet og sikkerhet, her og nå.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. minske selvmords- og selvskadingsatferd. 2. minske terapiforstyrrende atferd. 3. minske livskvalitetsforstyrrende atferd. 4. øke ferdigheter og kompetent atferd: <ul style="list-style-type: none"> - mindfulness - interpersonlig samspill - regulere følelser - tolerere ubehag – holde ut i krise <p>Andre fasens mål: bearbeide livshendelser.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. minske posttraumatisk stress. <p>Tredje fasens mål: arbeide fremtidsrettet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. øke selvrespekt. 7. oppnå individuelle mål. <p>Fjerde fasens mål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. skape et liv som er verdt å leve. 9. være engasjert i sitt eget liv. 10. være engasjert i relasjoner. 11. kjenne seg levende og som en del av fellesskapet. 12. leve i mindfulness. 	<p>DBT FOR UNGDOM</p> <p>Mål: Å skape et liv verdt å leve gjennom å øke ferdigheter, og gjennom å redusere livstruende, terapiforstyrrende og livskvalitetsforstyrrende atferd.</p> <p>Orienteringsfase</p> <p>FASE 1 (de fem behandlingsstilene):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gruppeferdighetstrening, økte ferdigheter : <ul style="list-style-type: none"> - mindfulness. - regulering og kontroll av følelser. - tolerering av ubehag/stress. - interpersonlig samspill. - å finne "den gylne middelvei". 2. Individualterapi. Legge til rette for at nye ferdigheter taes i bruk og redusere forstyrrende elementer. 3. Familieterapi ved behov. 4. Telefonkonsultasjon. Sikre generalisering av nye ferdigheter. 5. Konsultasjonsmøter. Sikre kompetente og motiverte terapeuter samt struktur i hele programmet. <p>FASE 2:</p> <p>"Patient Graduate Group" – Gruppe for videregående.</p> <ul style="list-style-type: none"> - sikre opprettholdelse og bruk av ferdigheter lært i FASE 1.
--	--

Kåver og Nilsonne, 2002, s. 94.

Skjema utformet av Ann Iren Hansen.

4.2.1 Mål med DBT for ungdom

Miller et al. (2003, b) understreker at terapeutene skal gjøre det som må til for å forebygge selvmord. Behandling av suicidal atferd og akutte suicidale tanker har førsteprioritet i behandlingskjeden. Tenkningen er at pasienten må være i live for at neste terapitime skal være mulig.

Ungdom har ofte erfaringer med at terapi ikke hjelper dem. I DBT sees dette i sammenheng med ungdommenes høye "drop-out" rate. Manglende fremmøte til behandling er ett av flere terapiforstyrrende elementer.

Andre forstyrrende elementer kan være at ungdommen ikke sier noe, ikke fører dagbok eller at terapeuten stiller for høye, eller for få, krav til ungdommen.

Suicidale ungdommer tenderer mot å søke til atferd som ikke nødvendigvis er livstruende, men som virker forstyrrende når økt livskvalitet er målet.

Livskvalitetsforstyrrende atferd kan være å fortsette i livsforhold som er destruktive, skoleskulk, impulsivitet knyttet til bruk av illegale russtoffer og promiskuøs seksualitet. Målet med DBT for ungdom er således å gjøre livet meningsfylt gjennom å redusere livstruende atferd og terapi- og livskvalitetsforstyrrende elementer.

4.2.2 Orienteringsfasen

Orienteringsfasen begynner med en grundig kartlegging av ungdommens tidligere kontakt med hjelpeapparatet, og eventuelle kliniske diagnoser. Ungdommen skal i løpet av denne fasen vite hva det innebærer for henne å delta i DBT, og hvilke prinsipper som finnes i DBT. Ungdommens motivasjon for behandling og ønsker om endring kartlegges. Problemområdene settes inn i terapeutisk sammenheng og dette kan gi en opplevelse av forståelse og trygghet. Eksempler: "Når du er glad det ene øyeblikket og veldig deprimert det neste og du ikke selv vet hvorfor, kaller vi dette for problemer med å regulere følelser, emosjonell ustabilitet og usikkerhet omkring selvet". "Når du drikker uten å tenke på konsekvensene kaller vi det impulsiv atferd". Videre sier DBT-terapeuten at det kan virke overveldende å ha alle disse problemene, men at han har gode nyheter. Gjennom å følge terapien skal ungdommen lære å gjenkjenne sine problemer. Den unge skal tilegne seg nye kunnskaper om hvordan hun skal gripe problemene sine an, og redusere dem. Orienteringsfasen siktes inn mot at ungdom og terapeut danner en allianse. I alliansen forplikter ungdommen seg til å møte opp, fullføre behandling og i minst mulig grad skade seg selv. Terapeuten forplikter seg til å jobbe effektivt, respektfullt, være tilgjengelig og i minst mulig grad opptre forstyrrende i terapisituasjonen. Orienteringsfasen kan vare fra noen få timer til flere dager før det er avklart om ungdommen skal delta i DBT og gå videre til FASE 1.

4.2.3 FASE 1 – De fem behandlingsstilene

Ferdighetstrening i gruppe for ungdom og foreldre

Ukentlig ferdighetstrening i gruppe er viktig for å kunne erverve og styrke nye ferdigheter. De fem ferdighetene som læres i DBT er et resultat av Linehan sin reorganisering av borderlinediagnosen:

1) Mindfulness som motvekt til usikkerhet og forvirring omkring en selv. Vi har ingen god oversettelse av mindfulness på norsk, men ordet gjenspeiler den zenbuddistiske filosofi og meditative tilstand som Linehan beskriver med å være i nået, og uten kritikk kunne observere og sette ord på sine tanker, reaksjoner, følelser og tillate seg å se positive muligheter i livet.

2) Gjenkjennelse, regulering og kontroll av følelser som motvekt til følelsesmessig ustabilitet.

3) Toleranse for stress som motvekt til impulsivitet.

4) Interpersonlig kompetanse som motvekt til interpersonlige problemer.

5) Finne den gyldne middelvei som motvekt til konflikter i familier og dilemmaer som ungdom støter på.

Individuell terapi

I løpet av 16 uker har ungdommen én terapitime (å 50-60 minutter) per uke.

Terapeuten som gir individualterapi er primærterapeut for denne ungdommen, og skal sikre struktur gjennom hele behandlingsforløpet. I individuell terapi fokuseres det på at ungdommen aktivt tar i bruk de ferdigheter som er lært gjennom gruppeferdighetstreningen og overfører disse ferdighetene til sitt eget liv.

Ungdommene får ikke selv bestemme hva som skal være tema i terapien.

Starttemaet for terapitimen er gjennomgang av uken som har gått, og hvordan ungdommen har løst eventuelle problemer. Dersom det har funnet sted selvdestruktiv atferd skal denne alltid prioriteres først. Terapeuten bruker vanlige kognitive atferdsterapiteknikker, som inkluderer atferdsanalyser og kognitiv modifikasjon, som terapeutiske strategier. Direkte, usensurert tale og dialektiske strategier preger terapeutens kommunikasjon. Oftest blir familieterapi en del av individualterapien.

I begge de terapeutiske tilnærmingene bruker terapeuten teknikker som validering og "omvendt psykologi" som aksepteringsteknikker for å hjelpe ungdommen til å hente frem positive løsningsalternativer for sitt eget liv.

Familieterapi

Familiemedlemmer deltar i individualterapien dersom a) et familiemedlem står sentralt i konflikten, b) det oppstår akutt krise i familien, c) det er et medlem i familien som ikke deltar i gruppeferdighetstreningen, men som kan bidra positivt til ungdommens behandlingsutvikling og

d) det er forhold i hjemmet som forsterker negativ atferd, og som er av en slik karakter at ungdommen ikke klarer å overse det, eller unngå det uten konflikt. Vanligvis er det familieterapi i tre til fire av de 16 terapitimene. Første del av familieterapitimen er viet ungdommen (20-30 minutter), og dagboken gjennomgås. Videre blir det gjort forberedelser til familieterapi gjennom å identifisere mål, og ved at ungdommen finner muligheter til å trene på de nye ferdighetene. Terapeuten og familien setter agenda for den videre terapien. Terapeuten tydeliggjør regler og identifiserer sentrale temaer. I tillegg legger han til rette for utprøving av de nye ferdighetene. Terapeuten balanserer mellom å støtte den unge, og å finne mulige løsninger på problemene sammen med familien. I DBT er tenkningen at ungdom med borderlinediagnose, eller borderlinesymptomer, har det svært vondt. Når et ungt menneske lider, involveres familien i lidelsen. Gjennom familieterapi søker en derfor å lette familiens smerte og redusere dens opplevelse av redsel, mislykkethet, skyld og skam.

Telefonkonsultasjon

Ungdommene oppfordres til å bruke telefonkonsultasjon eller sende tekstmeldinger til sin individualterapeut mellom terapitimene a) når det er behov for veiledning i bruk av ferdigheter i en gitt problematisk situasjon, b) dersom deres relasjon og allianse er i ubalanse, og c) for å gi gode nyheter. Terapeutene er i behandlingsforløpet tilgjengelige 24 timer i døgnet. Foreldre, eller andre familiemedlemmer som deltar i ferdighetsgruppetreningen, skal ringe lederen for ferdighetstreningen i situasjoner hvor de tar i bruk de nye ferdighetene.

Konsultasjonsmøter for terapeutene

DBT-terapeutene deltar i ukentlige 90-minutters konsultasjonsmøter, som innledes med en kort mindfulness-øvelse. Under møtene gjennomgås følgende hierarki av mål: a) suicidale kriser, b) utbrente terapeuter, c) ungdommens og terapeutens terapiforstyrrende atferd, d) gode nyheter, e) livskvalitetsforstyrrende elementer, f) oppsummering fra forrige ferdighetsgruppe og "patient graduate group" og g) administrative temaer. Hovedmålet med møtene er å hjelpe terapeutene til å opprettholde effektivitet og motivasjon. Dette gjøres med bakgrunn i kunnskap om at det er lett å "brenne ut" når en jobber med suicid problematikk. Terapeutene blir selv "behandlet" med DBT.

4.2.4 Dialektiske strategier

DBT anvender dialektiske strategier som samtaleteknikker. Bruk av metaforer er én teknikk. Gjennom fortelling (myter, sagn og anekdoter) kan ungdom i mindre grad oppleve seg instruert, truet, utspurt eller invadert. En fortelling kan gi rom for tolking og ungdommen kan bruke den som hun vil.

Når terapeuten og ungdommen setter ord på paradokser kan dette virke frigjørende både for ungdommen og terapeuten. Ungdommen og terapeuten kan begge oppleve terapisisuasjonen som paradoksal. Terapeuten som profesjonell og betalt hjelper, men som likevel hevder å bry seg om henne. Ungdommen som går i terapi, men er selv ikke skyld i at hun er blitt som hun er blitt, men på tross av hvordan hun er, så har hun ansvar for hva hun blir. Setter en opp de ulike paradoksene kan det åpne opp for større grad av spontanitet, fleksibilitet og humor.

En annen strategi er at terapeuten fremstår som *djevelens advokat*. Gjennom å fremsette teser med ekstremt innhold, utfordres ungdommen til å komme med antiteser.

Walking the Middle Path er en dialektisk strategi som ofte taes i bruk i familier med dysfunksjonelle atferdsmønstre. I samarbeid med foreldre eller andre foresatte, søker en å finne den gyldne middelvei gjennom å søke hensiktsmessige alternativer til overdreven ettergivenhet eller autoritær kontroll.

4.2.5 "Patient Graduate Group" – FASE 2

Ved avslutning av FASE 1 mottar deltakeren et bevis på at hun har gjennomført 16 ukers behandling og oppfølging. Hun kan selv velge om hun vil fortsette til fase to, som er en 16 ukers forlengelse, for å hindre tilbakefall gjennom opprettholdelse og utprøving/generalisering av de nye ferdighetene. Gruppen består av andre "graduates" og to terapeuter. Terapeutene har ansvar for halve gruppen hver når det gjelder telefonkonsultasjonene i løpet av disse 16 ukene. Det kan også iverksettes individualterapi og familieterapi ved behov. Gruppen møtes hver uke og har halvannen time til rådighet hver gang.

Sesjonen inneholder: a) en mindfulness-øvelse (5minutter) som ledes enten av terapeuten eller ungdommen (ungdommen vil her kunne ta i bruk kreative innfallsvinkler til øvelsen og får mulighet til å prøve seg som leder),

b) "Check in" – innsjekking (15 minutter) med strukturert gjennomgang av uken som har vært (ved at ungdommene på en skala fra 1 til 5 sier noe om depresjon, sinne, tanker om egenskade, aktive selvskade (ja/nei), tanker om selvmord, suicidale handlinger (ja/nei), positive følelser, bruk av ferdigheter), c) ungdom gjenoppfrisker lærte ferdigheter (15 minutter) for de andre ungdommene, d) pause (5 minutter), e) konsultasjon og problemløsning (50 minutter), hvor problematiske her-og-nå situasjoner diskuteres (ungdommene er "drillet" til å gi hverandre positiv tilbakemelding og forsterkning, og som naturlig følge av det oppstår det et klima også for konstruktiv kritikk) og f) avslutning av gruppetreffet (5 minutter), hvor alle deltakerne må uttrykke en positiv observasjon fra sesjonen. Ideelt sett skal ungdommene utvikle så stor tillit til hverandre at behovet for terapeuten reduseres.

4.3 Kvasieksperimentell undersøkelse av DBT

Miller og Rathus (2002) har undersøkt DBT opp mot TAU. Forsøket er ikke basert på randomisering. 111 ungdommer ble kartlagt ved bruk av sjekklistene Harkavy-Asnis Suicide Survey (HASS; Harkavy-Friedman & Asnis, 1989a, 1989b), Scale for Suicide Ideation (SSI; Beck, Kovacs & Weissman, 1979), Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, Borderline Personality Module (SCID-II; Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990).

Ungdommene ble plassert i DBT-gruppen dersom de oppfylte kriteriene både for a) selvmordsforsøk inne de siste 16 ukene, og b) diagnosen borderline, eller minimum tre borderline personlighetstrekk. De som ikke matchet begge kriteriene ble satt i TAU-gruppen. Når deltakerne var plassert i sine respektive grupper ble alle sjekket ut gjennom sjekklistene Life Problems Inventory (LPI; Rathus & Miller, 1995), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) og Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90; Derogatis, 1977) for å kartlegge likheter og ulikheter mellom gruppene.

I DBT-gruppen deltok 29 ungdommer. Det var en overvekt av jenter (93 %) og gjennomsnittsalderen var 16 år. Gruppen var overrepresentert av ungdommer med borderline personlighetstrekk, ulike depressive forstyrrelser og angstforstyrrelser samt hyppig rusmisbruksproblematikk.

Videre fant en i denne gruppen at ungdommene i forkant hadde en historie med mer enn dobbelt så mange psykiatriske sykehusinnleggelser enn TAU-gruppen og hyppigere selvmordstanker. DBT-gruppen ble gitt ukentlig individualterapi og ferdighetstrening i gruppe over 12 uker.

TAU ble gitt i form av to ganger ukentlig støttende psykodynamisk individualterapi og familieterapisesjoner til 82 ungdommer over 12 uker. Gjennomsnittsalderen for TAU-gruppen var 15 år, og 73 % var jenter.

Begge gruppene var relativt like med hensyn til etnisitet og medikamenter foreskrevet fra lege. Gruppen hadde også en nokså lik suicidal historie, hvor det ble oppgitt i snitt 1.5 selvmordsforsøk, 2.25 år siden selvmordstankene oppstod og 1.8 år siden første selvmordsforsøk.

Resultatene ble målt i a) innleggelser ved psykiatrisk sykehus under forsøket (13 % av deltakerne i TAU ble innlagt på psykiatrisk sykehus under forsøket mot 0% i DBT-gruppen), b) selvmordsforsøk under forsøket (her ble det ikke påvist noen signifikant forskjell i antall selvmordsforsøk grunnet for lavt antall. Det ble registrert 7 forsøk i TAU-gruppen, mot 1 forsøk i DBT-gruppen) og c) fullføring av terapisesjonene (deltakelsen i TAU-gruppen var signifikant lavere med 40 % deltakelse mot 62% deltakelse i DBT-gruppen).

Etter forsøket gjennomgikk deltakerne fra DBT-gruppen sjekklistene Scale for Suicidal Ideation (Beck et al. 1979), Life Problems Inventory (LPI; Rathus & Miller, 1995) og Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90; Derogatis, 1977).

Resultatet viste at selvmordstanker var signifikant redusert etter forsøket. DBT-gruppen viste også signifikant nedgang på symptomer ved borderline (forvirring omkring selvet, impulsivitet, emosjonell dysregulering og interpersonlige problemer), samt signifikant nedgang på interpersonlig sårbarhet, depresjon, angst og tvangspreget atferd.

5. Sammenfatning og diskusjon

Det er forsket mye på ungdom og risikofaktorer knyttet til selvmordsproblematikk. Forskernes oppfatning av hva som kan være utløsende årsaker til selvmord og høyrisikofaktorer, endrer seg i tråd med videre forskning. Dette kan illustreres med skilsmisseproblematikk som tidligere ble vurdert som risikofaktor for unges selvmordsproblematikk, men som i dag ikke anses som høyrisikofaktor. Det som fremheves som høyrisikofaktorer i dag er en kompleksitet av psykisk lidelse. Dette gjelder lidelse hos den unge selv kombinert med oppvekstforhold som preges av foreldres psykisk lidelse samt rusmisbruksproblematikk. I tillegg kommer høyt konfliktnivå i den unges nettverk (venner, foreldre, kjæreste og skole). Jobes og Mann (1999) påpeker at risikofaktorer ofte blir sett isolert fra den selvmordstruedes grunner for å leve. Forskerne mener at helhetlig kunnskap om både grunner for å dø og grunner for å leve gir større grad av forståelse og bedre grunnlag for iverksetting av målrettede tiltak. Kontinuerlig forskning på risikofaktorer vil være viktig for å kunne identifisere symptomer på suicidal atferd, og iverksette hensiktsmessige intervensjoner.

I det presenterte utvalget av intervensjonsalternativer i forhold til suicidale ungdommer viser det seg at noen elementer blir brukt i flere. Uten at det nødvendigvis uttrykkes eksplisitt fra alle forskerne ser det ut for at de ulike intervensjonsstudienes innhold er basert på forskning omkring risikofaktorer.

Suicidale unge gir ofte uttrykk for at de har negative og destruktive tanker om seg selv, sine omgivelser og sin fremtid (Shaffer et al. 2001). Kognitiv terapi er vurdert som lovende ved behandling av depresjon blant ungdommer (Elsaas et al. 2000, Brent 2001, Larsson 2002, Henriques et al. 2003), men det foreligger ikke publiserte undersøkelser gjort spesifikt på unge suicidale (Gould et al. 2003). Psykoterapi som fordrer verbal uttrykksform kan vanskeliggjøre terapisituasjonen for unge mennesker som ikke er vant med å uttrykke følelser og tanker. I og med at kognitiv terapi også bruker dagbok som redskap i behandlingen kan det tenkes at denne terapiformen når ut til flere unge mennesker ved at de kan få skriftliggjøre sine tanker og følelser.

Gjennom sosialfaglig erfaring fra arbeid med unge mennesker har jeg møtt flere, spesielt i aldersgruppen 15 år og yngre, som nettopp finner det vanskelig å sette ord på følelser og tabubelagte temaer. Ved å oppfordre disse til å skrive eller tegne, kan det være lettere å drive frem en god samtale og på den måten søke refleksjon og bearbeidelse av hendelser og situasjoner ungdom finner problematisk. I problemløsningsbasert terapi anses ikke nødvendigvis suicidal atferd som resultat av psykisk lidelse, men gjerne som resultat av manglende kunnskap om alternative handlingsalternativer i en vanskelig livssituasjon. Cotgrove (1995) fant at kun 6 % av 102 ungdommer kunne diagnostiseres som alvorlig deprimerte da de gjorde selvmordsforsøk. Størstedelen av de som gjorde selvmordsforsøk ble av psykiater vurdert til hen at konflikter med foreldre, kjæreste og problemer knyttet til skole var hovedårsak til at de handlet som de gjorde. Tenker en seg at mennesket kanskje er i sin mest opposisjonelle fase i pubertetsårene, så kan en like gjerne hevde at denne fasen også er den mest bevegelige, og hvor mennesket er mest åpent og mottakelig for forandring og kunnskap.

Unge suicidale mennesker er til forskjell fra selvmordstruede voksne, i større grad omgitt av andre og nære voksne. De har med andre ord ett tettere nettverk av voksne personer. Disse kan være lærere, rådgivere og helsesøstre fra skole, eller foreldre og andre familiemedlemmer. Inkludering av nettverk er et fremtredende element i flere av intervensjonsmetodene i forhold til unge mennesker. Risikofaktorer knyttet til ungdom og selvmord tyder på at interaksjonsproblemer, det være seg konflikt med foreldre, venner, kjærester og autoritetspersoner på skole, er fremtredende blant unge suicidale. Inkludering av nettverk er mer uvanlig når det intervenseres mot voksne suicidale mennesker. Dette kan markere et skille i forståelse av suicidalitet og intervensjon mellom unge og voksne, et skille som kan være verdt å merke seg.

Behandlingens og oppfølgingens varighet varierer fra to samtaler mellom ungdom og terapeut, til at ungdom følges opp i seks måneder. Forskning omkring ungdom og suicidalitet sier lite om anbefalt varighet av intervensjonene. Bakgrunnen som oppgis for kortvarighet er at det er vanskelig å få ungdommer til å følge opp langsiktig behandling. Det kan være mange grunner til at ungdom ikke følger opp langvarig behandling.

For tenåringer kan det være viktig å stå i mot de voksnes påvirkning og influering, og opposisjon mot de voksnes gode intensjoner kan være vesentlig for deres identitetsbygging. Videre kan det tenkes at poliklinisk behandling og oppfølging representerer et tabu for ungdom. I det å være ung ligger det også en forventning om å være vellykket, frisk og frimodig. Kontakt med hjelpeapparatet vil for mange kunne representere en trussel om å bli oppfattet som, eller oppfatte seg selv som, unormal eller mislykket. Å vinne ungdommens tillit og klare å knytte en relasjon til det unge selvmordstruede mennesket, vil kanskje være avgjørende for å opprettholde et behandlings- eller oppfølgingsforløp. Dieserud (2001) mener å se at suicidologien i større grad beveger seg fra den tradisjonelle terapeut/ekspert og pasientsituasjonen til en modell med samarbeidsallianser. I en slik modell fokuseres det på "matching" mellom terapeut og pasient, hvor det jobbes i fellesskap for å få en situasjon som oppleves uutholdelig til å bli overkommelig.

DBT er en kompleks intervensjonsmetode hvor samarbeidet mellom terapeut og ungdom gies flere mulige tilnærminger til selvmordsproblematikken. I og med at den suicidales atferd og miljø gjerne er kompleks, preges også intervensjonsalternativene av kompleksitet. Sammensetningen av komponenter i DBT kan virke overveldende, men arbeidet kan struktureres ved bruk av manualer. Ett element ved DBT som åpenbart skiller DBT fra andre terapiformer er tilgjengelighet. DBT-terapeutenes tilgjengelighet er unik ved at de kan nåes per telefon 24 timer i døgnet. Ungdom som ikke har dagtilbud i form av skole og jobb snur ofte døgnet, og har sine våkne timer når "alle andre sover". Det skal ikke mye fantasi til for å tenke seg at opplevelsen av å være ensom og utenfor verden er betydelig sterkere om natten, og at destruktive tanker og handlinger gjerne blir mer fremtredende da.

Kompleksiteten kan anses som en styrke ved metoden. Imidlertid kan kompleksiteten også gi metodiske problemer i forhold til å undersøke hva det er som faktisk gjør intervensjonsmetoden virksom. Forskerne (Miller et al. 2002) understreker at deres studie er en kvasiekseptimentell undersøkelse og trekker frem svakheter som at ungdommene ikke ble tilfeldig utvalgt til deltakelse. Videre hevdes det fra forskerne at jenter med borderlineproblematikk gjerne responderer bedre både på medikamenter og på psykoterapi.

Andre svakheter er at det kun er DBT-gruppens svar på etterundersøkelsene som er kartlagt, samt at undersøkelsens validitet kunne vært bedre dersom de hadde hatt en ny etterundersøkelse av deltakerne lengre tid etter forsøket. Miller et al. (2002) gir også uttrykk for at terapeutenes entusiasme ovenfor ungdommene trolig har preget resultatet av deres kvasiekperimentelle undersøkelse. På tross av svakheter hevder Miller et al (2002) at gjennom å gi DBT som behandling for suicidale ungdommer ble flere av ungdommenes problemområder betydelig redusert. De positive resultatene gir grunn for optimisme med tanke på at selve programmet kun varte i 12 uker og at mange responderte positivt på denne kortvarige behandlingen (Miller et al. 2002).

Beskrivelse av YST foreligger ennå ikke som artikkel i publisert form, men poster over studiet samt manualene som er brukt er å finne på nettsidene www.med.umich.edu/psych/yst. Det er ikke uvanlig at ungdom i løpet av tenårene tilsynelatende ekskluderer foreldre og gir uttrykk for at de ønsker et eget liv med frihet og selvstendighet sammen med sine venner. Undersøkelsen til King et al. (2000) gir oss viktig informasjon om at ungdommene i denne undersøkelsen velger foreldre og andre voksne som sine støttepersoner i en kritisk situasjon, fremfor venner og jevnaldrende. Denne informasjonen samsvarer med skriftlige svar ungdom har gitt i delrapporten *Mestring, hjelp og støtte* (Ystgaard et al. 2001, 2002). Tolkning av svarene viser at ungdommene etterlyser foreldres omsorg, støtte og tilstedeværelse (Sandlie 2003). Ungdommens røst er utslagsgivende for den oppfølgingen ungdommen får gjennom YST. I og med at det er de utvalgte i nettverket som hovedsakelig mottar opplæring, og som er initiativtakere for kontakt mellom seg og ungdommen, kan dette trolig være mindre belastende for ungdommen. En kan også tenke seg at de som blir valgt ut vil oppleve det som en tillitserklæring fra ungdommen, og føle større ansvarlighet for ungdommens bedring. De utvalgte vil kunne utvise en entusiasme og et håp som igjen kan virke støttende for ungdommen det gjelder. I Kings undersøkelse takket 83 % av de utvalgte ja til å stille opp. Hva så med ungdommene som fikk negativ tilbakemelding fra de i nettverket som ble valgt ut som viktige? En slik avvisning vil trolig være vanskelig å forholde seg til for et ungt menneske som nettopp har gjort selvmordsforsøk. En kan også spørre seg hva det vil bety for et ungt menneske dersom bedringen uteblir på tross av at nære og fortrolige voksne følger henne opp.

Hva skjer hvis de voksne blir utålmodige og velger å trekke seg fra oppfølgingen? På den annen side kan det være svært positivt for et ungt menneske å få bekreftelse på at hun er et likendes og betydningsfullt menneske som andre vil stille opp for. Om en av de utvalgte trekker seg så har hun jo tre – fire andre og ta av. Det er mange hensyn som må taes, og det hviler således et stort ansvar på dem som initierer oppfølgingen og veileder de utvalgte i nettverket.

I de presenterte intervensjonsstudiene gies det uttrykk for at ungdom responderte positivt på behandlingene. Her burde det kanskje stått at jentene responderte bra. Som nevnt tidligere var andelen jenter i DBT hele 93 %. King et al. (2000) påpeker at studien av YST ikke når det ønskelige resultatet for guttene, fordi kun et fåtall av guttene viser samme positive resultat som jentene. I forhold til jentene er guttene underrepresentert som deltakere i studiene. Studiene sier med andre ord lite om intervensjonsformene som har vist gode resultater for jentene, også gir gode resultater for guttene. Dette kan sammenfalle med momenter som påpekes som bekymringsfulle i intervensjonsforskningen. Vanlige svakheter som fremheves er, i følge Arensman et al. (2001), at forskerne bruker for få deltakere i undersøkelsene til at en kan si noe om effekt av behandlingen. Videre blir antall deltakere som avslutter eller ikke følger opp behandlingen sjelden oppgitt. Årsaken til at behandling og oppfølging avsluttes gies heller ikke. Deltakerne er ofte rekruttert gjennom sykehus, og kan derfor ikke vurderes som representative for den totale populasjonen. Innholdet i "standard behandling/TAU" er sjelden beskrevet, og dette er problematisk fordi innholdet kan variere fra land til land. Andre problemstillinger ved nyere intervensjonsforskning er i følge Rotheram-Borus et al. (2003) at mange forebyggingsprogrammer og intervensjoner som presenteres, underrapporterer mye av arbeidet som blir gjort. De viser blant annet til et av sine egne prosjekt, *Street Smart*. Prosjektbeskrivelsen, mener de, leder leserne til å tro at det jobbes ut fra sosial læringsteori. Det faktiske innholdet i intervensjonen består av elementer som ikke kan defineres som sosial læringsteori, den er langt mer sammensatt. De mener videre at forskerne må bli bedre på å utforme materiale som i større grad enn nå gjøres kjent for andre på en presentabel måte. En slik forbedring kan være svært verdifull med tanke på overføringsverdi til andre land og at fagfolk kan bli interesserte i tilrettelegging av metodene også for andre problemområder.

Til sist tillater jeg meg et par synspunkter omkring de metodene jeg har omtalt i oppgaven, og deres plass i det norske hjelpeapparatet: Jeg mener at YST som intervensjonsmetode har stor overføringsverdi til Norge. Metoden inkluderer og jobber for å knytte betydningsfulle personer tettere til ungdommen, og det understrekes at den er et supplement til farmakologisk og poliklinisk behandling. Metoden har et sett konkrete manualer som bidrar til at den lett kan læres, og den kan tenkes inn som et godt supplement til det som kalles 1.linjetjenesten (som barnevern, utekontakter, rådgivere i skolen og lavterskel helsetilbud). DBT fremstår slik jeg ser det etter Miller et al. 2003 sine presentasjoner som mer konkret og realistisk enn tidligere. Det er gledelig at det jobbes for å overføre DBT som intervensjonsmetode til det norske behandlingsapparatet. Jeg mener DBT kan være et godt redskap for 2.linjetjenester som Pedagogisk Psykologisk Tjeneste/PPT, Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk/BUP, Psykiatrisk Ungdoms Team/PUT og ungdomspsykiatriske avdelinger.

6. Konklusjoner

Når oppgaven spørrende er blitt kalt "Lovende tendenser?", er det fordi jeg på det tidspunktet da tittelen ble satt var usikker på hvor lovende metoder og resultater forskningen egentlig bærer i seg. Etter å ha jobbet meg fremover i tematikken ungdom og mulige intervensjoner mener jeg at det er grunn til optimisme knyttet til intervensjoner overfor ungdom etter selvmordsforsøk.

Gould et al.(2003) hevder at selvmordsproblematikk blant ungdom er så komplisert at mest sannsynlig vil ikke én selvmordsforebyggende eller intervensjonerende strategi være nok alene, men at det må helhetlig tenkning til. De hevder videre at selvmordsforebyggende strategier og intervensjoner bør inkludere flere av ungdommenes arenaer. Skole, nærmiljø, familie og samfunnsmessige arenaer, som media og hjelpeapparatet som system, er av de som tenkes inkludert.

Nyere forskning gjort på ungdom og suicidal atferd gir ikke noe skarpt bilde av hva som er virksomme eller hensiktsmessige intervensjonsformer. Kognitiv terapi og/eller problemløsningsorientert terapi, inkludering av ungdommens nettverk og varighet tilpasset målgruppen ser ut til å være vesentlige elementer i de presenterte intervensjonsformene.

Studiene bærer preg av god faglig forankring og orientering. Rett nok er det et fåtall som går direkte på målgruppen ungdom. Det at de fremstår med faglig tydelighet uavhengig av alder, gir likevel lovende anslag når det gjelder overføringspotensial til ungdomsgruppen. Når det er slik at vi her i Norge ikke har spesifikke retningslinjer, eller intervensjonsformer knyttet til ungdom og selvmordsproblematikk, vil det også være naturlig å tenke mulige overføringer av internasjonale intervensjonsalternativer hit.

Den presenterte forskningen bygger i stor grad på tidligere studier, og baserer seg på metoder som allerede har vist seg å ha en forebyggende effekt, om enn ikke spesifikt på suicidalitet. Dette grunnlaget bygges sammen med nye elementer inn i en større helhet. Metodene som utvikles synes å ta en mer konkret form, spesielt med tanke på systematiske tilnærminger også gjennom bruk av manualer. Manualbaserte tilnærminger medvirker til struktur og forutsigbarhet i det konkrete arbeidet, og intervensjonsmetodene kan slik sett bli enklere å praktisere i behandling og oppfølging av ungdom etter selvmordsforsøk.

Litteratur

1. Alvær K. Registrering av ytre årsak til skader ved norske sykehus.. <http://www.fhi.no/nyhetsbrev/au/2001/1/au1.3.html>, (07.01.2003).
2. Arensman E, Townsend E, Hawton K, Bremner S, Feldman E, Goldney R et al. Psychosocial and pharmacological treatment of patients following deliberate self-harm: The methodological issues involved in evaluating effectiveness. *Psychological Medicine*, 2001; 31: 169-180.
3. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000; 34: 420-436.
4. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; 37: 504-511.
5. Berman AL, Jobes DA. Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995; 25: 143-154.
6. Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. *Annals of the New York Academy of Science*, 2001; 932: 106-131.
7. Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995; 18: 569-577.
8. Dieserud G. Hva er virksomme psykoterapeutiske faktorer ved suicidalitet. *Suicidologi*, 2001; 2: 17-18.
9. Elsass P, Mathiasen EM, Dittman H, Dutton Poulsen I, Jerlang C, Pedersen SB. Den kontekstfølsomme psykoterapi. En kvalitativ studie af kombinationen af psykoanalytisk orienteret og kognitiv behandling af selvmordstruede unge. *Nordisk Psykologi*, 2000; 52: 19-36.
10. Eriksson E. Identity: youth and crisis. I Kringlen: *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget, 1990; 71-81.
11. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: Effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999; 175: 23-27.
12. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003; 42: 386-405.
13. Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, Mcniven F, Gill J, Harrington V et al. Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; 37: 512-518.
14. Hawton K. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2002; 32: 223-229.
15. Hytten K, Mehlum L, Gjertsen F. Rom for unge liv. *Psykiatrisk klinikk Vindern, Kontoret for katastrofepsykiatri - Universitetet i Oslo, Forsvarets sanitet, Statistisk sentralbyrå, Oslo*, 1995.
16. Henriques G, Beck AT, Brown GK. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 2003; 46: 1258-1268.
17. ICD-10. Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10 rev., Statens helsetilsyn. 1998; 1008 .

18. Isacson G. Självordsfrekvensen ner med 25 procent. Ökad användning av antidepressiva medel sannolikt främsta orsaken. *Läkartidningen*, 2000; 97: 1644-1650.
19. Jobes DA, Mann RE. Reasons for living versus reasons for dying: examining the internal debate of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1999; 29: 97-104.
20. King CA, Preuss L, Kramer A. Youth-Nominated Support Team for suicidal adolescents. www.med.umich.edu/psych/yst. Poster, 2000, manual (04.08.03).
21. Kåver A, Nilsson Å. Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Natur och Kultur, Stockholm, 2002.
22. Larsson B. Kognitiv beteendeterapi ger goda resultat vid depression hos barn. *Läkartidningen*, 2002; 99: 1810-1819.
23. MacLeod AK, Tata P, Evans K, Tyrer P, Schmidt U, Davidson K et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: Results from a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998; 37: 371-379.
24. Mehlum L. (red) *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1999.
25. Miller AL, Glinski J. Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 2000; 56: 1131-1152.
26. a) Miller AL, Nathan JS, Wagner EE. Engaging suicidal multi-problem adolescents with DBT. Treatment engagement with hi-risk adolescents: empirically-based treatments. David Castro-Blanco (Ed.). American Psychological Association Press (2003 / til trykking).
27. b) Miller AL, Wagner EE, Rathus JH. DBT for suicidal adolescents: an overview. Manuskript 2003.
28. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *British Journal of Psychiatry*, 1993; 163: 111-120.
29. Pfeffer CR. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: Unmet needs for suicide prevention. *Society of Biological Psychiatry*, 2001; 49: 1055-1061.
30. Raj AK, Kumaraiah V, Bhide AV. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001; 104: 340-345.
31. Range LM, Campbell C, Kovac SH, Marion-Jones M, Aldridge H, Kogos S et al. No-suicide contracts: An overview and recommendations. *Death Studies*, 2002; 26: 51-74.
32. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threatening Behavior*, 2002; 32: 146-57.
33. Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 2002.
34. Rossow I. Ungdom nå til dags – tall fra "Ung i Norge 2002". *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 2003; 1: 89-97.
35. Rotheram-Borus MJ, Duan N. Next generation of preventive interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003; 42: 518-526.
36. Sandlie GW. Personlig meddelelse, august 2003.
37. Schmidtke A, Schaller S. The Role of Mass Media in Suicide Prevention. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Wiley, England, 2000.

38. Shaffer D, Pfeffer CR. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. 2001; 40: 24-51.
39. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 2001; 31: 979-988.
40. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001; 40: 1246-1253.
41. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 2003; 123: 2241-2245.
42. Ystgaard M, Husby J, Mehlum L. Mestring, hjelp og støtte. Resultater fra videregående skole i Hedmark. Delrapport fra forskningsprosjektet Child and Adolescent Self-harm i Europa (CASE), 2002. Universitetet i Oslo: Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging.
43. Ystgaard M, Reinholdt NP, Mehlum L. Mestring, hjelp og støtte. Resultater fra videregående skole i Oppland. Delrapport fra forskningsprosjektet Child and Adolescent Self-harm i Europa (CASE), 2002. Universitetet i Oslo: Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging.

